



UNIVERSITETET I AGDER

Sykepleieres erfaringer med sykepleiedokumentasjon på nyfødt- og barneavdeling

Anette Katrine Stave

Veileder

Åshild Slettebø

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2011

Fakultet for Helse og idrettsfag

Institutt for Sykepleievitenskap

Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon på nyfødt – og barneavdeling



Illustrasjonsfoto: Hentet fra www.google.com.

Mastergradsoppgave

Anette Katrine Stave

Dato: 09.11.11

Antall ord: 6480

Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse og sykepleievitenskap, Master i klinisk sykepleievitenskap, Kristiansand/Grimstad, Kull

2009

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn: De siste årene har sykepleiedokumentasjonen gått fra å være utført med penn og papir til nå å skulle dokumenteres elektronisk. Dette har medført nye utfordringer for sykepleiere i deres utførelse av dokumentasjon.

Hensikt og problemstilling: Temaet og hensikt for denne studien er å gi kunnskap om sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon.

Problemstillingen er følgende:

Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon på nyfødt – og barneavdeling.

Fokus har vært å gi et innblikk i hvilken forandring sykepleiedokumentasjonen har vært gjennom og videre hvordan den elektroniske dokumentasjonen påvirker sykepleiernes arbeidsdag.

Utvalg og metode: Studien har en kvalitativ tilnærming og data ble innhentet i form av fokusgruppeintervju. Utvalget er til sammen 7 sykepleiere. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere dataene.

Resultater: Sykepleierne beskriver flere utfordringer knyttet til elektronisk dokumentasjon, slik som mangel på tid, frustrasjon knyttet til manglende tilgang på datamaskiner og et dokumentasjonssystem som ikke er fullstendig tilpasset dokumentasjon som kreves på nyfødt - og barneavdeling. Det som motiverer sykepleierne er at dokumentasjonen er systematisk og informasjon om pasienten er lett å finne i en ryddig journal. Det motiverer også sykepleierne at de mestrer denne måten å dokumentere på.

Konklusjon: For å oppnå tilfredsstillende sykepleiedokumentasjon er det nødvendig at sykepleierne har tilgang på datamaskiner hele tiden og at datamaskinene fungerer. Det er også viktig å tilpasse behandlingsplanene i dokumentasjonssystemet slik at de blir et godt arbeidsredskap slik de er ment å være.

Nøkkelord: sykepleiedokumentasjon, barn og sykepleiedokumentasjon, elektronisk sykepleiedokumentasjon

ABSTRACT

Background: Nurse documentation has gone from being written with pen and paper to now be documented electronically. An interesting question is how nurses, who practice documentation, experience this phenomenon and how the electronic documentation affects their daily work.

Aim and research question: The theme and purpose of this study is to provide knowledge about nurse's experiences with electronic nurse documentation. The research question is:

Nurse's experiences with electronic documentation in a children and neonatal hospital ward.

Method and sample: Data was collected through two focus group interviews with the total of 7 nurses. The interviews were recorded and then transcribed verbatim. The study has a qualitative approach, and qualitative content analysis is used to analyze the data.

Findings: The informants described several challenges related to electronic documentation. These include lack of time, frustration due to insufficient access to computers and a documentation system that is not completely adapted to the documentation that is needed in a neonatal or children ward. What motivates the nurses is systematic documentation which is easy to find in a lucid journal. They also feel motivated because they handle the documentation system.

Conclusion: To achieve adequate nurse documentation it is necessary that nurses have access to computers at any time, and that the computers are functioning sufficiently. Also, the documentation system needs enhanced adaptation to fulfill nursing documentation requirements, especially the nursing care plan.

Keywords: Nurse documentation, children and nursing, electronic nurse documentation

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Tema og hensikt.....	2
2.0 TEORETISK PRESENTASJON AV SYKEPLEIEDOKUMENTASJON	2
2.1 Sykepleiedokumentasjon	3
2.1.1 Elektronisk sykepleiedokumentasjon	4
2.1.2 Tidligere forskning	4
3.0 METODISK TILNÆRMING	5
3.1 Design	6
3.2. Planlegging og gjennomføring av fokusgruppe	7
3.2.1 Utvalg av respondenter	8
3.2.2 Innpass til forskningsfeltet og intervjusituasjonen	9
3.2.3 Transkribering og analyse.....	10
3.3 Metodekritikk	12
3.3.1 Troverdighet	14
3.3.2 Overførbarhet.....	15
3.4 Etske refleksjoner og nødvendige tillatelser	16
3.4.1 Å forske på sine egne	17
4.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR	18
Litteratur.....	20

Vedlegg 1: Tillatelse fra Fakultetets Etske Komité (FEK).

Vedlegg 2: Kvittering fra Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedlegg 3: Informasjonsskriv.

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring.

Vedlegg 5: Forespørsel til Avdelingslederne ved avdelingene.

Vedlegg 6: Intervjuguide.

1.0 INNLEDNING

Sykepleieres erfaring med elektronisk sykepleiedokumentasjon: Hvordan oppleves det når den tradisjonelle dokumentasjonsmåten med penn og papir erstattes av datamaskiner, ferdig formulerte sykepleieplaner og et standardisert språk? Som sykepleier ved en barnepost i et par år har jeg erfart viktige forhold knyttet til vår plikt til å dokumentere pasientopplysninger og helsehjelp i pasientjournalen. Imidlertid har det skjedd store forandring på dette området. Pasientjournalen er blitt elektronisk og dette fører til nye og andre måter å dokumentere sykepleie på. Denne forandringen er viktig og nødvendig som del av det moderne helsevesenet og det har også vekket min interesse og nysgjerrighet. Temaet for sammenbindingen omhandler derfor dette, og problemstillingen lyder slik:

”Sykepleieres erfaringer med sykepleiedokumentasjon på nyfødt – og barneavdeling.”

Ved siden av personlige grunner for valg av tema, erfaring og interesse, har den informasjonsteknologiske forandringen ført til endringer i måten å dokumentere pasientopplysninger og helsehjelp på, som sykepleiere må forholde seg til. Nyere forskning på temaet belyser at sykepleiedokumentasjonen ikke er god nok og at det er flere problematiske forhold knyttet til dette (Dahl, 2001; Rotegård, 2010).

Problemstillingen knyttes opp til empiriske og litterære studier samt teori om temaet.

Sammenbindingen består av fire kapitler. Kapittel 1 er introduksjon til oppgaven med presentasjon av dens problemstilling og hensikt. Kapittel 2 tar for seg beskrivelse av sykepleiedokumentasjon og teoretisk rammeverk som er benyttet i oppgaven. Kapittel 3 omhandler den anvendte metoden for den empiriske undersøkelsen, samt tilnærmingmåten. Fokusgruppe er valgt som metode og blir i dette kapitlet beskrevet. Sammenbindingen rundes til slutt av med en avsluttende kommentar i kapittel 4. Hovedtyngden i denne sammenbindingen omhandler metode og metodekritikk. Dette valget er tatt på bakgrunn av oppgavens hensikt. I tillegg til et eget kapittel vil det fortløpende gjennom store deler av teksten fremgå metodekritikk, dette fordi det passer naturlig inn i teksten og skaper sammenheng.

1.1 Tema og hensikt

Sykepleiedokumentasjon er en del av sykepleierens daglige arbeidsoppgaver. Jeg fattet interesse for dette temaet da jeg ble en av flere ressurspersoner som var med å innføre elektronisk dokumentasjon på avdelingen der jeg arbeidet for noen år tilbake. Jeg opplevde denne endringen som interessant og spennende og ønsket å se nærmere på dette. Erfaringsmessig har bruk av datamaskin og innføring av elektronisk pasientjournal helt klart mange fordeler, ikke bare er det plassbesparende, men også tids og – arbeidsbesparende. Dette er også noen av hovedprinsippene bak innføringen av elektronisk pasientjournal (EPJ) som den elektroniske sykepleiedokumentasjonen er en del av (KITH, 2003). Jeg ønsket i min masteroppgave å se nærmere på hvordan sykepleierne opplever disse systemene og hvordan den informasjonsteknologiske utviklingen påvirker deres arbeidsdag på nyfødt- og barneavdeling. Erfarer de det samme som meg?

Hensikten med sammenbindingen er å belyse fremgangsmåten og gjennomføringen av studien og videre diskutere metode og metodekritikk som er utført i arbeidet med studien. Konteksten for datainnsamlingen er en barneavdeling og en nyfødtavdeling og det er sykepleierne, som jobber med denne pasientgruppen, oppgaven dreier seg om. I dagens samfunn blir det mer og mer aktuelt for sykepleiere å anvende ulike elektroniske programmer på datamaskin for å dokumentere helsehjelpen som gis til pasient og pårørende. Vi skal ikke mange årene tilbake i tid før det kun var aktuelt å dokumentere sykepleie med penn og papir.

2.0 TEORETISK PRESENTASJON AV SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Dokumentasjon av sykepleie har tradisjon helt tilbake til Florence Nightingales tid (Heggdal, 2006). Hun gav ingen retningslinjer for hva eller hvordan man skulle dokumentere, men hun dokumenterte sine egne anvisninger i sykepleie som reduserte dødeligheten blant soldatene på Krim. Dette dokumenterte hun ved hjelp av statistikk (Heggdal, 2006).

Siden 2001 har sykepleiere vært lovpålagt å dokumentere selvstendig helsehjelp i pasientjournalen (Helsepersonelloven, 1999). Begrepet pasientjournal rommer alle opplysninger om en persons sykdom og relevante helseforhold som autorisert helsepersonell har ytt på selvstendig grunnlag og som de har nedtegnet (Moen et al., 2008). Hensikten med sykepleiedokumentasjon er at den skal være et hjelpemiddel som sørger for at sykepleierne skal kunne tilfredsstille kravene som stilles fra myndighetene, og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som ønskes, er gjennomførbar (KITH, 2003).

2.1 Sykepleiedokumentasjon

Heggdal (2006) uttaler at:

Hensikten med sykepleiedokumentasjon er at den skal være et målrettet arbeidsdokument og et dokument som faktisk beskriver sykepleie til den enkelte pasient (Heggdal, 2006)(s. 60).

Dokumentasjon av sykepleie bidrar til å ivareta pasientsikkerhet (Heggdal, 2006). Oppdatert og skriftlig informasjon er svært viktig for at pasienter og pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt. Helsevesenet moderniseres og dette innebærer nye forventinger og krav til dokumentasjonen. En kommer ikke utenom å forholde seg til sykepleieprosessen når man dokumenterer sykepleie. Sykepleieprosessen danner strukturen for sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen (Heggdal, 2006). Teorien sykepleieprosessen bygger på, beskriver at sykepleie i praksis handler om forening av en menneskelig prosess og en problemløsende metode (Heggdal, 2006). Videre er et viktig mål med sykepleieprosessen å finne frem til pasientens individuelle behov, samt å tilpasse sykepleien til den enkelte pasient i enda større grad (Heggdal, 2006). Sykepleieprosessen kan også ses på som et hjelpemiddel i dokumentasjonsarbeidet og en måte å organisere pasientinformasjon på.

I pasientjournalen bygges, som tidligere nevnt, sykepleiedokumentasjonen på strukturen i sykepleieprosessen og av dette utspringer VIPS modellen. VIPS er ikke en forkortelse men en modell som står for begrepene; Velvære, Integritet, Profylakse og Forebygging (Hansen, 2007). Modellen ble utviklet i Sverige og er tatt i bruk som

dokumentasjonsmodell på flere sykehus i Norge (Hansen, 2007). Denne bidrar til en felles struktur for sykepleieres journalføring (Moen et al., 2008). VIPS er ment å gi retningslinjer og legge føringer for den elektroniske sykepleiedokumentasjonen. Flere sykehus i landsdelen tok i bruk denne malen da innføringen med elektronisk sykepleiedokumentasjonen trådte til.

2.1.1 Elektronisk sykepleiedokumentasjon

I dagens samfunn blir det mer og mer aktuelt for sykepleiere å anvende informasjonsteknologi (IT) og forholde seg til ulike elektroniske programmer på datamaskin for å dokumentere helsehjelp (Hellesø og Ruland, 2001; Helsedirektoratet, 2008). Pasientjournaler kan fortsatt være papirbaserte, men helsedirektoratet har økt fokus på elektronisk dokumentasjon og samarbeid i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2008). Betydning av og oppmerksomheten omkring sykepleiernes journalføring er økende, dette viser seg i form av formalisering av faglige og juridiske krav (Moen et al., 2008). Ved å gå fra skriftlig sykepleiedokumentasjon til elektronisk, i 2001, stod sykepleiedokumentasjonen overfor nye utfordringer. Fremdeles er dette utfordrende, prosessen er møysommelig og tar lang tid. Det er store variasjoner nasjonalt når det gjelder hvor langt man er kommet i arbeidet med elektronisk sykepleiedokumentasjon som del i EPJ. Å gå fra skriftlig til elektronisk dokumentasjon var en del av implementeringen av EPJ og skulle vise seg å stimulere betydelig til den faglige utviklingen av sykepleieres dokumentasjon av helsehjelp (Moen et al., 2008).

2.1.2 Tidligere forskning

Det er utført en del forskning på sykepleiedokumentasjon opp gjennom årene. Flere forskere innen sykepleie debatterer og diskuterer forhold rundt dokumentasjonen. Forskning viser at dokumentasjon av sykepleie i EPJ kan være utfordrende og problematisk (Stokke, 1999; Dahl, 2001). Det hevdes også at det er mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og sykepleiedokumentasjonsmodellen VIPS (Hansen, 2007). Tidligere forskning peker på at sykepleiedokumentasjonen ikke er god nok, at den er problematisk og at kun deler av pasientens opplevde problem blir

dokumentert (Dahl, 2001; Rykkje, 2009). Rykkje (2009) konkluderer med at sykepleiere trenger mer kompetanse i dokumentasjonssystemet VIPS for å lære å bruke det optimalt. Hun uttrykker videre at EPJ trenger tilpasning for å oppfylle retningslinjene for sykepleiedokumentasjon, spesielt med tanke på sykepleieplaner (Rykkje, 2009).

Helsedirektoratet har i flere år lagt frem nasjonale strategiplaner som har som mål å oppnå at pasienter og pårørende får den informasjonen de behøver når de har behov for den (Helsedirektoratet, 2005; Krüger, 2007; Helsedirektoratet, 2008) Den siste planen for 2008-2013: *Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren*, uttrykker en visjon fra helsearbeiderens ståsted om at velfungerende informasjons- og kommunikasjonsteknologisk verktøy er med på å øke pasient - og informasjonssikkerhet samt gjøre arbeidsplasser moderne og forenkle det daglige arbeidet (KITH, 2003). Dette vil øke effektivitet og kvaliteten, og igjen frigjøre ressurser til behandling og pleie. Også oversikt og struktur er viktige elementer ved elektronisk dokumentasjon, dette er også temaer som diskuteres i tidligere forskning (Krüger, 2007).

3.0 METODISK TILNÆRMING

Valg av metode avhenger av spørsmål som ønskes besvart. Sentralt i dette prosjektet er å få økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med elektronisk dokumentasjon. Jeg mener det er viktig å belyse og få fokus på dette temaet, dokumentasjon av pasientopplysninger og helsetjenester kan true pasientsikkerheten, kvaliteten og kontinuiteten i helsetjenester hvis det ikke utføres riktig eller ikke er godt tilrettelagt. I dette kapitlet redegjøres og begrunnes empiriske metodevalg og studien slik den ble gjennomført. Som forsker var jeg opptatt å få fram sykepleiernes erfaring med elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) fordi det er de som bruker dette i hverdagen og det er deres erfaringer av det jeg er ute etter å fange opp og belyse.

3.1 Design

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er det sykepleiernes *erfaringer* forskeren tilstreber å undersøke og det var derfor hensiktsmessig å anvende kvalitativ metode. I kvalitative studier utvikles vanligvis studiens design seg i løpet av prosjektet, og noe av det som blant annet kjennetegner kvalitative studier er tendensen til å være holistisk, streben etter en forståelse av helheten (Polit og Beck, 2010).

Begrunnelsen som ligger til grunn for valg av metode i denne oppgaven er basert på mine tanker om hvordan jeg vil gjennomføre datainnsamling og fremgangsmåten for min forskning. Slik jeg forstår, er det også avgjørende i valg av metode, hvilken som på best mulig måte gir svar på studiens problemstilling

Målet med den strategiske kvalitative metoden er å utvikle en rik forståelse av et fenomen som det eksisterer og som det er konstruert av individuelle innenfor deres egen kontekst (Polit og Beck, 2010). Nettopp dette ønsker jeg å finne ut av når jeg i problemstillingen etterspør sykepleieres tanker og erfaringer rundt EDS. Studien baserer seg på to fokusgruppeintervju av til sammen syv sykepleiere. Fokusgruppe som metode for innsamling av data ble gjennomført for å få diskusjon og ulike synspunkt på spørsmål som fremstilles i intervjuguiden (se vedlegg 6).

For å fange opp sykepleiernes erfaringer falt, som nevnt tidligere, metodevalget på fokusgruppe. Det å få innblikk i hva folk virkelig tenker og føler lar seg gjøre i fokusgrupper (Krueger og Casey, 2009). Fokusgrupper egner seg godt når man er interessert i for eksempel rekken av ideer eller følelser som folk har om noe, å prøve å forstå forskjeller i perspektivene mellom grupper eller kategorier av mennesker eller å avdekke faktorer som påvirker meninger, atferd eller motivasjon (Krueger og Casey, 2009). I prosjektet ønsket jeg å beskrive erfaringene sykepleierne selv opplever fordi jeg mener det ligger verdifulle data her. Jeg er overbevist om at dette er svært verdifulle erfaringer som vil kunne være med på å peke på hva som fungerer og ikke fungerer i den moderne sykepleiedokumentasjonen. Å fange opp slik kunnskap i fokusgrupper er for meg en interessant vinkling på temaet, hvor det er rom for at sykepleierne kan bidra med sin praktiske kunnskap og erfaring, og forsker kan bidra med teoretisk kunnskap og analyse av dataene som samles inn.

Hensikten med fokusgrupper er å høre og samle informasjon eller data (Krueger og Casey, 2009). Fokusgruppe er en spesiell type gruppe i form av hensikt, størrelse, sammensetning og fremgangsmåte (Krueger og Casey, 2009). Ved gjennomføring av fokusgrupper anvendes en ikke-styrende intervju stil hvor det sentrale i all hovedsak handler om å få fram forskjellige synspunkt om emnet som er i fokus for gruppen (Kvale et al., 2009). Det legges til rette for en kollektiv ordveksling som ikke nødvendigvis fører til entydige svar, men som får fram ulike synspunkter (Kvale et al., 2009). Samtalen i fokusgruppene forløper imidlertid ikke helt fritt. En intervjuguide gir ramme for samtale mellom informantene. Intervjuguiden jeg brukte (se vedlegg 6) i fokusgruppene inneholder flere spørsmål som jeg fant relevante etter at jeg selv hadde vært med på prosessen med å innføre elektronisk dokumentasjon, som ressursperson. Intervjuguiden legger grunnlaget for det datamaterialet man oppnår. Datasamlingen var ment å gi meg som forsker en forståelse av deltakernes erfaringer slik de selv opplever dem. I tillegg til min egen erfaring er intervjuguiden også knyttet til teori og forskning.

3.2. Planlegging og gjennomføring av fokusgruppe

Fokusgrupper er en god tilnærming hvis hensikten er å lære om erfaringer og synspunkter i et miljø som hvor mange mennesker jobber sammen (Malterud, 2003). Med bakgrunn i dette og oppgavens problemstilling utarbeidet jeg, som tidligere nevnt, en intervjuguide som skulle være holdepunktene jeg skulle ha å forholde meg til i samtalen i fokusgruppa. Det anbefales imidlertid å ikke ha noen strukturert intervjuguide å følge fordi ordet foretrekkes å løpe fritt i gjennomføring av fokusgrupper (Halkier, 2008).

I følge Halkier (2008) bør det være problemstillingen, feltet og det teoretiske perspektivet i det enkelte forskningsprosjekt eller studentprosjekt, som er avgjørende for om man skal bruke fokusgrupper eller ikke. Fokusgruppe ble valgt fordi det for informantene kunne være en god setting for utveksling av erfaringer og opplevelse av temaet. Videre ble det vurdert at informantene på denne måten ble enda mer

bevisst sine egne erfaringer og da ville ha lettere for å kunne formidle dette i gruppa. Dette ville igjen resultere i et godt datamateriale for meg som forsker.

Det er både styrker og svakheter ved bruk av fokusgrupper. Halkier (2008) fremhever tre positive sider ved fokusgrupper; de gode til å produsere data om sosiale gruppers erfaringer, det er den sosiale interaksjonen som er kilden til data og fokusgruppens evne til å produsere konsentrerte data om et bestemt fenomen eller emne på en måte som er behagelig for informantene. Som forsker erfarte jeg at begge fokusgruppene produserte gode data, samtidig som det var avhengig av at informantene var villige til å dele sine erfaringer og snakke fyldig om dem. Det er mulig utfallet av datamaterialet ble så fyldig som det gjorde på grunn av hvem informantene var og deres fartstid i sykepleieryrket. Hadde informantene vært yngre, jobbet kort tid på avdelingen og uten videreutdanning ville nok datamaterialet vært noe annerledes. På den andre siden kan det være uheldig at det i slike grupper kan oppstå både konformitet, samt tendens til polarisering. Imidlertid trenger ikke dette nødvendigvis være et kjennetegn ved fokusgrupper (Halkier, 2008). Halkier (2008) setter spørsmålstegn ved om det kan være et grunnvilkår for all sosial interaksjon, og derav bør tas høyde for i gjennomførselen av gruppa og i analysen.

I planleggingsfasen før gjennomføringen av fokusgruppene avtalte jeg å ha med en medstudent som er observatør. Dette for at vedkommende kunne notere ned hovedmomenter og merke seg forhold som muligens ikke blir fanget opp på lydbåndet. Dette ble imidlertid ikke noe av og redegjøres for i kapitlet som omhandler metodekritikk.

3.2.1 Utvalg av respondenter

Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne hadde jobbet over 1-2 år på avdelingen og at de også hadde erfaring med å dokumentere med penn og papir. Det var også viktig at sykepleierne jobbet i en større stilling. Informantene ble rekruttert ved at deres avdelingsleder ble kontaktet per e-post (se vedlegg 5). Avdelingsleder plukket ut og innhentet aktuelle informanter. Informasjonsskriv og

Samtykkeerklæring (se vedlegg 3 og 4) ble sendt ut til avdelingsleder og disse ble returnert ferdigsignert. Totalt antall informanter var syv sykepleiere. Tre i den første fokusgruppa og fire i den andre fokusgruppa. Det viste seg at flere av informantene hadde videreutdanning og mange års erfaring som sykepleier. Informantene i fokusgruppene var 5 voksne kvinner i 40-50 årene, 1 kvinne i 30 årene og 1 kvinne i midten av 20 årene. Den ene informanten hadde svært lang fartstid, og sammen med resten av fokusgruppa var de selv enige om at de hadde mange års erfaring med dokumentasjon til sammen.

3.2.2 Innpass til forskningsfeltet og intervjusituasjonen

I studien fikk jeg hjelp av fagutviklingssykepleier og avdelingsleder til å organisere fokusgruppene. Per e-post ble vi enige om dato og tid for fokusgruppa. Rom ble reservert. I litteraturen (Halkier, 2008) belyses det at man bør velge dato, tid og sted som er passende for deltakerne. Den ene fokusgruppa fant sted i arbeidstiden til informantene, og den andre fokusgruppa bestod av informanter som var på jobb og informanter som skulle på kveldsvakt. Fokusgruppene ble gjennomført på denne måten fordi det var slik det ble organisert fra avdelingsleders side, og det passet best i forhold til travelhet på avdelingen. Dette kan være en årsak til at antallet informanter ble redusert. Jeg uttrykte i min e - post til avdelingsleder at mitt ønske var seks informanter per fokusgruppe (se vedlegg 5). På den ene avdelingen ble fokusgruppa utsatt et par uker på grunn av høyt belegg på avdelingen. I utgangspunktet skulle jeg utføre begge fokusgruppene samme uke, med to dagers mellomrom. Dette ble altså ikke tilfellet. Det positive ved dette var at jeg utførte den første fokusgruppa og konsentrerte meg om transkribering av den før jeg tok fatt på neste. På en annen side hadde det vært gunstig å utføre begge gruppene med få dagers mellomrom for å ha erfaringene fra det første intervjuet ferskt i minnet.

Jeg lærte mye av det første intervjuet, erfaringer som jeg fikk god bruk for ved gjennomføringen av det andre intervjuet. Eksempel på dette er det Halkier (2008) snakker om når hun belyser at fokusgruppe ikke er det samme som et gruppeintervju. Etter at jeg gikk gjennom første fokusgruppe og var ferdig med transkriberingen gikk det opp for meg at jeg muligens hadde vært litt for mye involvert

i fokusgruppa. Jeg sa mye; mmm og informantene forholdt seg mer til meg enn det som er normen i fokusgrupper; her skal det være interaksjon mellom deltakerne i gruppa, og ikke mellom forskeren og gruppa. Denne erfaringen tok jeg med meg i neste fokusgruppe, og her var jeg mer "usynlig". På forhånd opplyste jeg denne gruppa om at jeg var interessert i deres erfaringer og at jeg kun ønsket å komme med innspill hvis de stod fast. Informantene var gode til å forholde seg til dette, de henvendte seg til hverandre og kom med innspill og snakket i munnen på hverandre. Det at de snakket i munnen på hverandre gav utslag i transkriberingen og gjorde det utfordrende å høre hva som ble sagt. Til tider var det nesten umulig å gjengi det som ble sagt. I disse tilfellene ble det forsøkt etter beste evne å gjengi det som ble sagt.

Ved det ene tilfellet satt jeg og informantene i et tomt pasientrom, på stoler i ring, uten bord i mellom oss. Dette fungerte bra. Jeg valgte denne plasseringen for å samle informantene som en gruppe og for at jeg kunne være synlig blant dem. Ved det andre tilfellet satt jeg og fokusgruppa på et møterom rundt et avlangt bord. Også dette fungerte greit.

Intervjuguiden ble utarbeidet for å ha en struktur over det som skulle være temaet i fokusgruppen. Den ble ikke brukt slavisk under intervjuet, selv om jeg forholdt meg til denne særlig i gjennomføringen av første fokusgruppe. Ved gjennomføring av den andre fokusgruppe var jeg mer løssluppen og frigjort fra intervjuguiden. Der det var naturlig kom jeg med utspill fra intervjuguiden. Intervjuguiden var på forhånd utarbeidet fra et teoretisk grunnlag. Det var viktig for meg at samtalene i fokusgruppa opplevdes naturlig og at informantene følte at det de bidro med var verdifullt for studien. Etter gjennomføringen av fokusgruppene ytret informantene glede over at de kunne være med å bidra til ny kunnskap.

3.2.3 Transkribering og analyse

Intervjumaterialet ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim. For å danne meg et bilde av hva informantene snakket om, og hva den transkriberte teksten handlet om, leste jeg gjennom intervjuene flere ganger. Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse for å få frem informantenes erfaringer. Metoden er en analyse av innholdet av narrative data for å få frem fremtredende temaer og mønstre blant temaene (Polit og Beck, 2010). I følge Lundman og Graneheim (2004) ble

innholdsanalyse utviklet som vitenskapelig metode for å håndtere store mengder data. Metoden ble i begynnelsen fram for alt brukt i massemedia forskning. Innenfor sykepleieforskning er dette en metode som blir tatt mer og mer i bruk (Graneheim og Lundman, 2004). For å oppnå innsikt i sykepleiernes erfaringer med elektronisk dokumentasjon og for å analysere dataene som fremkom av fokusgruppene, ble kvalitativ innholdsanalyse anvendt og trinnene i analysemodellen fulgt.

Den kvalitative innholdsanalysen fokuserer på tolkning av tekster, som for eksempel transkriberte intervju (Granskär og Höglund-Nielsen, 2008). I følge Krippendorff (2004) får en tekst mening gjennom leseren og en tekst har ikke nødvendigvis en gitt mening. Det er rom for flere tolkninger og de er gyldige selv om de er ulike (Krippendorff, 2004). Jeg antar at funn og resultater i en studie, utført ved hjelp av denne metoden, vil være knyttet opp mot forskeren og hans tolkning. Graneheim og Lundman (2004) diskuterer at kvalitative data som er basert på narrativer og observasjoner, krever forståelse og samarbeid mellom forskeren og informantene, slik som at tekst basert på intervjuer og observasjoner er gjensidig, kontekstuelle og verdibundet.

Da jeg hadde lest teksten med transkripsjonene flere ganger fikk jeg oversikt over latent innhold, og dannet meg et innrykk av hva informantene snakket om. Jeg reflekterte over innholdet og så allerede nå for meg to temaer; informantene snakket i store trekk om *utfordringer* ved dokumentasjonen og *motivasjoner* ved dokumentasjonen. Videre ble meningsenheter identifisert. Meningsenhetene kunne for eksempel være lengre setninger som bestod av informantenes utsagn og synspunkter. Et eksempel er en informant som belyser fordeler med den elektroniske dokumentasjonen: *Det har vært hjelp for det har stått så systematisk når man åpner et dokument så vel, så er du ledet inn på rett spor med en gang. Og det er klart, det er jo ideelt.* Disse meningsenheter, som hovedsakelig bestod av setninger, ble så delt inn i sub - kategorier som hadde fellestrekk. Sub - kategorier var for eksempel; *Blir oversiktlig ved å samle alt* eller *Det nyttige kommer frem.* Under disse sub - kategorien ble alle meningsenheter som sa noe om temaet, plassert.

Deretter ble sub - kategoriene utviklet til kategorier, det som Krippendorff (1980, her fra Graneheim og Lundmann, 2004) beskriver som en gruppe av innhold som deler fellestrekk. Et eksempel på en kategori er; *Oversiktlig og systematisert.* Kategoriene er kjernekjennetegnet på kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim og Lundman, 2004).

Kategoriene ble så identifisert under to forskjellige tema som kobler sammen de underliggende meningene i kategoriene. Temaene er delt i to: *Motivasjon til å dokumentere elektronisk*, og *Utfordringer og hindringer i dokumentasjonen*.

3.3 Metodekritikk

Fokusgruppe som metode fungerte tilfredsstillende i denne studien. Datamaterialet var håndterlig i forhold til oppgavens rammer og fokusgruppene var en fin inngangsport til sykepleiernes erfaringer. Imidlertid er det viktig å ta hensyn til at det kan oppstå polarisering og konformitet. I fokusgruppene som ble gjennomført i denne studien, opplevdes hverken konformitet eller polarisering, snarere heller selvstendige og refleksive erfaringer.

På en annen side er det mulig andre metoder for innsamling av data også kunne gitt fyldig datamateriale, slik som individuelle kvalitative intervju. Når det gjelder fokusgruppe og informantene som deltar i den er det viktig at taushetsplikten gjelder innad i gruppa. Dette glemte imidlertid jeg som forsker å opplyse om. På en annen side ble ikke sensitive opplysninger i forhold til taushetsplikten eksponert i noen av gruppene.

Det kan stilles spørsmålsteget ved størrelsen på utvalget i denne studien. Som tidligere nevnt anbefales det å ha 5- 10 deltakere per fokusgruppe (Krueger og Casey, 2009). Jeg ser allikevel antallet i fokusgruppa verdifullt, da informantene i fokusgruppene var erfarne sykepleiere som hadde god kunnskap til dokumentasjon. Også i forhold til begrenset tidsramme i en mastergradsoppgave, var omfanget på informanter gunstig.

Det var også viktig at jeg holdt en slags distanse til informantene som tidligere hadde vært mine kolleger. Særlig i gjennomføring av analyse var dette nødvendig, det kan være en svakhet at jeg kjente informantene fra den ene fokusgruppa fra før. Jeg forsøkte hele tiden å være objektiv i forhold til å analysere data disse informantene kom med, og ikke knytte dataene opp mot deres personlighet slik jeg kjente dem fra før. Ved stadig å reflektere over dette bidro det til at jeg kunne bevisstgjøre og justere

meg selv etter hvert. Underveis i analysen var jeg bevisst å skille mellom forsker tidligere kollega.

Det kunne vært en styrke i prosjektet og hatt med en observatør for å notere ned viktige data og observasjoner av detaljer knyttet til stemningen i rommet og lignende. Som intervjuer kan nok slike detaljer være vanskelig å få med seg, i hvert fall for en uerfaren forsker som er opptatt av at intervjuene forløper slik de skal. Malterud (2003) uttrykker at forskeren opptre som en moderator som skal se til at deltakerne kommer til orde, bidra til flyt i samtalen i forhold til tema og følge med på gruppedynamiske prosesser som kan utvikle seg og som resulterer i kunnskapsutveksling. Det at observatøren i denne studien allikevel ikke kunne stille opp, er situasjoner som kan oppstå i et forskningsprosjekt og som det må tas høyde for underveis.

Morgan (1997; Halkier, 2008) uttaler at det er kombinasjonen av gruppeinteraksjonen og forskerbestemt tema, som er kjennetegnet på fokusgruppe. Selv erfarte jeg i gjennomførelsen av gruppene god gruppedynamikk og den eventuelle konformiteten som var tilstedet bidro til verdifulle data. Slik jeg forstår, er det naturlig at det blir en viss form for konformitet, men jeg opplevde at informantene svarte uavhengig av hverandre og var til tider uenige, eller ikke delte hverandres erfaringer. Når det gjelder polarisering var ikke dette fremtredende i fokusgruppene i denne studien. Dette var muligens fordi det ikke var så mange informanter i gruppa. Som nevnt tidligere var det tre i den ene og fire i den andre. Dette leder over til et annet viktig aspekt, antallet informanter.

Krueger og Casey (2009) mener det ideelle antallet i en fokusgruppe bør bestå av mellom fem og åtte deltakere. Det argumenteres også for at små fokusgrupper, eller mini – fokusgrupper, med fire til seks deltakere i større grad blir mer og mer populære fordi mindre grupper er lettere å rekruttere, håndtere og er mer komfortable for deltakerne (Krueger og Casey, 2009). Min erfaring er også at mindre fokusgrupper er oversiktlige og for en førstegangsforsker som i mitt tilfelle, var fokusgrupper absolutt en god metode å forholde seg til. Planen var å utføre ”prøvefokusgruppe” eller pilot- fokusgruppe som Halkier kaller det (Halkier, 2008). Dette for å teste intervjuguiden og for å få et inntrykk av om den var tilfredsstillende å forholde seg til. Dette ville også vært en god øvelse for meg som forsker. Dette lot

seg imidlertid ikke gjøre. Det ble problematisk å smale nok "informanter" til en slik "prøvefokusgruppe".

I kvalitativ forskning sies det at det skal innhentes data til man når metningspunktet og flere informanter ikke kommer med nye data (Malterud, 2003). Det er mulig at jeg burde ha gjennomført flere fokusgrupper eller fokusgruppe på et annet sykehus for å få flere verdifulle data. Også bruk av medhjelper inngikk i planleggingen av gjennomføring av fokusgruppene. Også dette viste seg å bli vanskelig og ikke mulig å gjennomføre. Bruk av medhjelper kunne redusert mine mange funksjoner i gjennomføring av fokusgruppa. Medhjelperen kunne tatt notater om informantenes kroppsspråk, ansiktsuttrykk og stemningen i gruppa. I stedet måtte jeg selv sitte og notere ned stikkord samtidig som jeg var engasjert og observant overfor viktige detaljer.

3.3.1 Troverdighet

I denne studien handler troverdigheten om hvor pålitelige dataene fra informantene er. Undersøkelsens troverdighet fremmes ved forskerens bruk av lydbånd og transkripsjon. Gjennomføringen av to ulike fokusgrupper gav både dybde og bredde i materialet. Dette er med på å øke antakelsen om at forskeren får med seg riktige og vesentlige data. Jeg valgte å gjennomføre datainnsamlingen på et sykehus jeg var kjent, dette på grunn av masteroppgavens rammer. Ved å velge et sted som var kjent for meg unngikk jeg å bruke unødvendig tid på å få tilgang til feltet. På en annen side kunne det vært fordelaktig å sammenlikne flere fokusgrupper, fortrinnsvis fra andre sykehus. Dette kunne styrket studiens troverdighet samt overførbarhet.

I prosjektets analysedel opplevdes det nødvendig å dele teksten opp i meningsenheter for å frem de ulike erfaringene og utsagnene til informantene. Enkelte deler av teksten inneholdt flere meninger og behovet for tolkning av materialet var tilstedet. Graneheim og Lundman (2004) belyser at dette er et sentralt tema i diskusjonen om troverdighet av funn i kvalitative innholdsanalyser. Jeg har forsøkt å gi en grundig beskrivelse av alle trinn i analyseprosessen, og anser det som en styrke ved undersøkelsen. Samtidig er min rolle som forsker med på å prege analyse av data. Dette vil alltid kunne være med på å styre dataene ut fra egne

ønsker eller behov. Samtidig har god strukturering og sortering av data mye å si for utgangspunktet for en god analyseprosess. Slik jeg ser det sorterte jeg på en ryddig måte innsamlede data og dette gav analysen et ryddig utgangspunkt.

Jeg har forsøkt å få frem analysens ulike trinn slik at leseren kan følge forskeren i valg som ble gjort. Videre er variasjonene i materialet forsøkt belyst. Dette er også med på å styrke studiens troverdighet (Polit og Beck, 2010).

Skriving av dagboknotater etter endt fokusgruppe bidrar også til å styrke undersøkelsens troverdighet. Etter at fokusgruppene var gjennomført skrev jeg ned detaljer og inntrykk jeg satt igjen med. Jeg prøvde å beskrive hvordan stemningen i rommet hadde vært, hvem av informantene som sa mye, hvem som sa lite og eventuelle andre forhold.

3.3.2 Overførbarhet

I kvalitative studier forventes det at forskningen er overførbar. Denne studien har mest verdi og overførbarhet for nyfødt- og barneavdelinger som er i den samme prosessen som blir beskrevet i studien. Det er videre opp til praksis å vise om det er overførbart til andre avdelinger og praksiser. Det er store forskjeller nasjonalt når det gjelder hvor langt man er kommet i arbeidet med å implementere EPJ. For at sykepleiedokumentasjonen skal bli god og for at sykepleierne skal best kunne håndtere denne, gjenstår det fortsatt en del arbeid.

Det er ikke en målsetning for dette arbeidet å komme frem til resultater som har allmenn gyldighet forstått som generaliserbarhet (Malterud, 2003). Det er ikke tale om funn som kan overføres tilbake til en utgangspopulasjon. Malterud (2003) belyser at overførbarhet er imidlertid en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles. I denne studien opplevdes det hensiktsmessig å benytte fokusgruppeintervju ettersom prosjektet er en mastergradsoppgave og oppgavens begrensnes deretter.

Datamaterialet forskeren satt igjen med og arbeidet med, var gunstig i forhold til oppgavens rammer. Det hadde likevel vært verdifullt å sammenlikne med et eller flere sykehus for å få verdifulle data som kunne vært med på å støtte studiens overførbarhet.

Det kunne også med fordel vært innhentet flere opplysninger om informantene som ville vært relevante for studiens overførbarhet. Opplysninger som burde vært innhentet er alder, hvor lenge og hvor mye de hadde jobbet ved den respektive avdelingen og hvor mange år de hadde forholdt seg til sykepleiedokumentasjon. Konkret informasjon om arbeidserfaring, stillingsstørrelse og videreutdanning kunne styrket datamaterialet. Dette ser jeg imidlertid i ettertid.

3.4 Etske refleksjoner og nødvendige tillatelser

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og om anonymisering av data. Informert samtykke ble tildelt informantene og returnert til forsker i utfylt stand. Frivillig deltakelse og det at de kunne trekke seg når som helst fra studien hvis de ønsket det, ble presentert for dem. Dette er viktige aspekter ved forskning og nødvendige for å beskytte deltakerne mot skade, samt for å verne deres privatliv og anonymitet. Det skal alltid være frivillig å delta og dette er viktig å opplyse deltakerne om. Denne frivilligheten kan være sårbar for forskeren og derfor var det viktig for meg å være tydelig på hva deltakelse i prosjektet gikk ut på. Hensikten var å unngå at deltakere trakk seg underveis. Dette ble imidlertid ikke aktuelt.

Det ble søkt og gitt tillatelse til studien av både Fakultets etiske komité (FEK) (se vedlegg 1) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg 2). Det var ikke nødvendig å søke Regional Etisk komité for forskningsetikk (REK), da fokusgruppene ikke ville berøre konkrete pasientgrupper eller annen taushetsbelagt informasjon. Samtalene ble tatt opp på båndopptaker. Dette materialet vil bli slettet etter at sensur av masteroppgaven foreligger. Alle data ble anonymisert i dette prosjektet og informantene fikk benevnelsen A, B, C, D. Informantene fikk også opplysninger og informasjon om hvem jeg som forsker var, min rolle i studien og hva prosjektet gikk ut på. Jeg gjorde meg tilgjengelig for deltakerne ved at jeg delte ut mitt telefonnummer og e- post adresse hvis det skulle dukke opp spørsmål eller behov for kontakt med meg underveis.

3.4.1 Å forske på sine egne

I min studie valgte jeg å forske på tidligere kollegaer. Den ene fokusgruppa besto av 4 informanter som jeg hadde arbeidet med i tida før masterstudiet. Dette valget tok jeg fordi jeg fant det interessant å gå tilbake å se på hvordan sykepleierne opplevde forandringen fra skriftlig dokumentasjon til elektronisk dokumentasjon. Da jeg starter arbeidet med forskningen hadde det gått nærmere 2 år siden implementeringen av den nye dokumentasjonsformen fant sted. Det kunne da være aktuelt å undersøke sykepleiernes erfaringer med den elektroniske dokumentasjonen gjennom disse årene, hvor langt var de kommet, hva som fungerte og som ikke fungerte. Det er flere forskningsetiske dilemmaer i forhold til å forske på sine egne og Tønsberg (2009) som tidligere har forsket på sine kolleger, skissere dilemmaene slik:

- Forskerens mange roller og førforståelser
- Forskningens kritiske funksjon satt opp mot hensynet til tredjepart og seg selv
- Frykten for å invadere kollegenes private sfære

Det var viktig for meg å være bevisst min rolle som forsker i fokusgruppa. Med min utdanningsbakgrunn og jobbtilknytning var jeg jo "en av dem," og dette påvirket muligens oppfatningen deres av meg. Ved sammenlikning av de to fokusgruppene jeg gjennomførte, merket jeg forskjell på måten jeg ble oppfattet på. I fokusgruppen med mine tidligere kolleger henvendte de seg til meg som om jeg var kjent på avdelingen og med andre ansatte i måten de ordla seg på. Jeg opplevde dette naturlig og følte meg da som det Tønsberg betrakter som en *insider*. Jeg intervjuet kolleger ved min tidligere arbeidsplass og analyserte etter hvert data som omtalte forhold ved min tidligere arbeidsplass. Informantene kunne for eksempel si; Vi har fått x antall nye datamaskiner siden du begynte, på rommet ved siden av pasientrom nr. x. Dette opplevde jeg uproblematisk, det gav meg snarere heller et bilde på hvordan den elektroniske dokumentasjonen foregikk i praksis. Jeg fikk inntrykk av at informantene i denne fokusgruppa ønsket å bidra med deres erfaringer på en ærlig og opplysende måte. De forholdt seg til meg på en respektabel måte i forhold til mastergradsarbeidet mitt.

Informantene i den andre fokusgruppa, som ikke var mine tidligere kollegaer, møtte meg som en som skulle gjøre gjennomføre et prosjekt, hvilket var naturlig.

Informantene synes det var gøy at de kunne være med å belyse en viktig del av deres arbeidshverdag og at deres deltakelse *kunne* resultere i en forskningsartikkel.

Det at jeg forsket på mine egne kan ha resultert i noen unødvendige data. Mulig informantene i denne gruppa tok seg litt mer frihet til å "kjase" noe mer enn den andre gruppa. De sklei litt ut enkelt ganger når de snakket om forhold som var kjent for meg, men som ikke ville vært det hvis jeg ikke kjente informantene fra før. Det resulterte i at jeg i deler av analysen satt igjen med tekst jeg hadde vanskelig å plassere fordi det falt litt utenom temaet for fokusgruppa. Allikevel opplever jeg det svært verdifullt å ha utført fokusgruppe med kjente informanter. Det gav også fyldige data som hjalp meg å visualisere dataene de kom med fordi arbeidsplassen var kjent.

4.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Sykepleiedokumentasjonen har gjennomgått en stor forandring de siste årene. Denne studien baserer seg på fokusgrupper med syv sykepleiere som forholder seg til elektronisk sykepleiedokumentasjon på nyfødt – og barneavdeling. Erfaringene deres viser at sykepleiere må forholde seg til datamaskiner som henger seg opp og pasientopplysninger som ikke er tilgjengelig på grunn av svikt i det tekniske. Dette er en følge av EPJ og det moderne helsevesenet. Meningen er at dokumentasjonen skal effektivisere arbeidet og frigjøre ressurser til pleie og omsorg. Men vi er ikke helt der enda. Det trengs flere tilgjengelige datamaskiner, datamaskiner som virker og som sørger for at inn og utlogging er uproblematisk.

For at sykepleiedokumentasjonen skal være god på avdelinger hvor nyfødte og barn er innlagt, gjenstår det også forbedringer og videreutvikling av den moderne sykepleiedokumentasjonen. De ferdigformulerte pleieplanene må bli bedre og tilpasses pasientene.

Den kvalitative metoden som er brukt i denne studien var en fin inngangsport til sykepleiernes erfaringer omkring sykepleiedokumentasjon. Arbeidet med studien har gitt innsikt i framgangsmåte og gjennomføring av et kvalitativt prosjekt. Det har bidratt

til å belyse at sykepleiedokumentasjon er et viktig og utviklende arbeidsområde for sykepleiere.

Litteratur

- Dahl, K. (2001). Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. *Tidsskriftet Sykepleien*, 89, 54-58.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitativ content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.
- Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hansen, S. (2007). Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. *Tidsskriftet Sykepleien*, 95, 69-71.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hellesø, R. og Ruland, C. (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 799-805.
- Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.*, fra
- Helsedirektoratet. (2008). *S@mspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013*. Hentet 20.09.2011, fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00047/Samspill_2_0_-strate_47719a.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov av 1999-07-02 nr.64: om Helsepersonell (Helsepersonelloven)*. Hentet 20.09.2011, fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html>
- KITH. (2003). *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal Standard*. Hentet 06.10.11, fra http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-NasjonalStandard.pdf
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Krueger, R. A. og Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.
- Krüger, K. (2007). Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 16, 2090-2093.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Moen, A., Hellesø, R., Berge, A., Mølsted, K. og Quivey, M. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7.).

Rotegård, A. K. (2010). Sykepleiere må være med å påvirke. *Tidsskrift for sygepleieforskning*, 98, 62-65.

Rykkje, L. (2009). Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat - ch - Ing. *Vård i Norden, Nordic Journal of Nursing Research*, 29(92), 9-13.

Stokke, T. A. (1999). Sykepleiedokumentasjon holder sjelden mål. *Tidsskriftet Sykepleien*, 10, 48-50.

Tønsberg, K. (2009). Etiske dilemmaer ved forskning på sine kolleger. I: Halvorsen, A., Johnsen, H. C. G., Repstad, P., Aasland, T. og Balsnes, A. H. (red.), *Å forske blant sine egne: universitet og region - nærhet og uavhengighet* (s. 268-282.). Kristiansand: Høyskoleforl.

PUT IN SLEEPING MODE?

A qualitative study of nurses experiences with electronical documentation in a children and neonatal hospital ward.

Abstract

Aim: The study examines nurse's experiences with electronic nurse documentation.

Background: An interesting questing is how nurses, who practice documentation, experience this phenomenon and how the electronic documentation affects their daily work.

Method: Data was collected through two focus group interviews with the total of 7 nurses. The interviews were recorded and then transcribed verbatim. The study has a qualitative approach, and qualitative content analyze is used to analyze the data.

Findings: The informants described several challenges related to electronic documentation. These include lack of time, frustration due to insufficient access to computers and a documentation system that is not completely adapted the documentation that is needed in a neonatal -or children ward. What motivates the nurses is systematic documentation which is easy to find in a lucid journal. They also feel motivated because they handle the documentation system.

Conclusion: To achieve adequate nurse documentation it is necessary that nurses have access to computers at any time, and that the computers are functioning sufficiently. Also, the documentation system needs enhanced adaption to fulfill nursing documentation requirements, especially the nursing care plan.

Keywords: Electronic nurse documentation, nursing, children and nursing.

Artikkelen er utarbeidet etter retningslinjene i Tidsskriftet Vård i Norden:

<http://www.vardinorden.org/ikbViewer/page/vin/forside>

Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Dokumentasjon av sykepleie har tradisjon helt tilbake til Florence Nightingales tid (1).

Hun gav ingen retningslinjer for hva eller hvordan man skulle dokumentere, men hun dokumenterte sine egne anvisninger i sykepleie som reduserte dødeligheten blant soldatene på Krim. Dette dokumenterte hun ved hjelp av statistikk (1).

Siden 2001 har sykepleiere vært lovpålagt å dokumentere selvstendig helsehjelp i pasientjournalen (2). Begrepet pasientjournal rommer alle opplysninger om en persons sykdom og relevante helseforhold som autorisert helsepersonell har ytt på selvstendig grunnlag og som de har nedtegnet (3). Hensikten med

sykepleiedokumentasjon er at den skal være et hjelpemiddel som sørger for at sykepleierne skal kunne tilfredsstille kravene som stilles fra myndighetene, og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som ønskes, er gjennomførbar (4).

I dagens samfunn blir det mer og mer aktuelt for sykepleiere å anvende informasjonsteknologi (IT) og forholde seg til ulike elektroniske programmer på datamaskin for å dokumentere helsehjelp (5-6). Pasientjournaler kan fortsatt være papirbaserte, men Helsedirektoratet har økt fokus på elektronisk dokumentasjon og samarbeid i helse- og omsorgssektoren(5). Direktør i helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen uttalte for 3 år siden at: *"Vi ser nå et klart målbilde. I dag går ca 80 prosent av kommunikasjonen på papir og 20 prosent elektronisk. Det forholdstallet må vi snu! I løpet av tre år skal 80 prosent av den viktigste kommunikasjonen mellom samhandlingspartene i helsetjenesten skje elektronisk (5).* Forskning viser at

dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (EPJ) kan være utfordrende og problematisk (7-9). Det hevdes også at det er mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og den svenske sykepleiedokumentasjonsmodellen som bygger på

begrepene; Velvære, Integritet, Profylakse og Forebygging (VIPS) (10). Modellen er mye brukt på sykehus rundt omkring i landet som mal for sykepleiedokumentasjon. Vi skal ikke mange årene tilbake i tid før det kun var aktuelt å dokumentere sykepleie med penn og papir. Jeg var selv med å innføre elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) der jeg arbeidet for nærmere 3 år siden. Noen av hovedprinsippene bak innføringen av EPJ er at det skal være effektivt, arbeidsbesparende og frigjøre mer ressurser til pleie (4). Jeg ønsket i min masteroppgave å se nærmere på hvordan sykepleierne erfarer disse systemene og hvordan den informasjonsteknologiske utviklingen påvirker deres arbeidsdag på nyfødt- og/eller barneavdeling. Det finnes ikke tidligere forskning på dokumentasjon av sykepleie på nyfødt – og/eller barneavdeling meg bekjent, men det finnes en del forskning på elektronisk sykepleiedokumentasjon, og denne type forskning vil jeg anvende i diskusjonen.

Tidligere forskning

Litteratursøk har blitt gjennomført gjennom hele arbeidsperioden med masteroppgaven, fra begynnelsen med utarbeidelsen av prosjektskissa, fram til arbeidet med artikkelen startet. Hovedsakelig har søk blitt gjort i Medline, Cochrane og Cinahl. For å finne aktuell forskningslitteratur er følgende søkeord benyttet: *nurse documentation, nurse experience documentation, electronic nursing documentation, nurse AND electronic documentation, neonatal AND nurse documentation, sykepleiedokumentasjon*. Jeg har også kombinert søkeordene med *children*, men har ikke hatt noen relevante treff på dette. Også BIBSYS har vært en god kilde til litteratur.

Tidligere forskning peker på at sykepleiedokumentasjonen ikke er god nok, at den er problematisk og at kun deler av pasientens opplevde problem blir dokumentert (8, 11). Rykkje (12) konkluderer med at sykepleiere trenger mer kompetanse i dokumentasjonssystemet VIPS for å lære å bruke det optimalt. Hun uttrykker videre at EPJ trenger tilpasning for å oppfylle retningslinjene for sykepleiedokumentasjon, spesielt med tanke på sykepleieplaner (12). Helsedirektoratet har i flere år lagt frem nasjonale strategiplaner som har som mål å oppnå at pasienter og pårørende får den informasjonen de behøver når de har behov for den (5, 7, 13) Den siste planen for 2008-2013: *Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren*, uttrykker en visjon fra helsearbeiderens ståsted om at velfungerende informasjons- og kommunikasjonsteknologisk verktøy er med på å øke pasient- og informasjonssikkerhet samt gjøre arbeidsplasser moderne og forenkle det daglige arbeidet (4). Dette vil øke effektivitet og kvaliteten, og igjen frigjøre ressurser til behandling og pleie. Også oversikt og struktur er viktige elementer ved elektronisk dokumentasjon, dette er også temaer som diskuteres i tidligere forskning (7). I denne artikkelen belyses utfordringer og hindringer sykepleierne står overfor når de dokumenterer elektronisk, og også hva som motiverer dem til å dokumentere. Konteksten for studien er en barneavdeling og en nyfødtavdeling på et mindre sykehus i Sør-Norge.

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å belyse sykepleieres erfaringer med elektronisk dokumentasjon av sykepleie og videre rette søkelyset på hva som fungerer og ikke fungerer.

Begrensninger

Sykepleiedokumentasjon omhandler mange aspekter. Det stilles både juridiske og faglige krav til dokumentasjonen (3). Disse sidene ved dokumentasjonen er ganske omfattende, og vil i denne artikkelen ikke bli drøftet fullstendig med alle dets ytterpunkter. Derimot, vil de erfaringer informantene belyser og som utgjør studiens funn, bli diskutert. Selve dokumentasjonssystemet som informantene bruker og som det henvises til i artikkelen, er DIPS. DIPS er et fabrikknavn og ikke forkortelse. DIPS ASA er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge (14).

Metode

Studien bygger på kvalitativ design, og innsamling av data om sykepleieres erfaringer med elektronisk dokumentasjon ved en nyfødtavdeling og en barneavdeling, ble gjort i kvalitative fokusgruppeintervju. Målet for intervjuet var å få kunnskaper om fokusgruppens erfaring knyttet til sykepleiedokumentasjon på deres avdeling på sykehuset de arbeider.

Fokusgruppe som metode er godt egnet for tilegnelse av kunnskap om erfaringer, holdninger eller synspunkter fra institusjoner der mange mennesker arbeider sammen(15). Informantene i gruppa har alle noe til felles i forhold til problemstillingen som tas opp i fokusgruppen, og utveksling av erfaringer, holdninger eller synspunkter bidrar til å vinne ny kunnskap (16). Fokusgrupper er gode til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjoner og normer, og mindre velegnet til å produsere data om individets livsverden (15). De forskjellige deltakernes sammenligninger av erfaringer og forståelser i gruppeprosessene vil kunne produsere viten om kompleksiteten i betydningsdannelser og sosiale praksiser (15).

Studien omfatter to fokusgruppeintervju med totalt 7 kvinnelige sykepleiere. I det første intervjuet var det 3 informanter og i det andre var det 4 informanter. Det kan stilles spørsmålsteget ved størrelsen på utvalget. Det anbefales å ha 5- 10 deltakere per fokusgruppe(17). Jeg ser allikevel antallet i fokusgruppa verdifullt, da informantene i fokusgruppene var erfarne sykepleiere som hadde god kunnskap til dokumentasjon og gav fyldige data. Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne hadde jobbet over 1-2 år på avdelingen og at de også hadde erfaring med å dokumentere med penn og papir. Informantene ble rekruttert ved at jeg kontaktet deres avdelingsleder per e-post, som igjen plukket ut og innhentet aktuelle informanter. Jeg sendte ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring til avdelingsleder og fikk tilbake ferdigsignerte skjemaer. Det viste seg at flere av informantene hadde videreutdanning slik som videreutdanning i psykisk helse og barnesykepleie. Informantene i fokusgruppene var 5 godt voksne kvinner, 1 kvinne i 30 årene og 1 kvinne i midten av 20 årene.

På en barneavdeling tilsvarende den informantene jobber på, er det ofte stor variasjon av medisinske diagnoser. Pasientene kan være inneliggende med alt fra en til flere diagnoser og de kan være svært varierende i behandling og alvorlighetsgrad. Eksempler er obstipasjon, bronkiolitt, gastroenteritt, pneumoni, fractur, tonsillektomi, diabetes, leukemi, osv. Dette stiller stor krav til dokumentasjonen og dokumentasjonssystemet, i den forstand at systemet er fleksibelt og tilrettelagt for denne varierende pasientgruppen.

En nyfødtavdeling består av både nyfødtintensivpasienter og nyfødte som er mindre alvorlig syke. På en slik avdeling er det mye elektroniske apparaturer og medisinsk utstyr. Også dette er faktorer som påvirker dokumentasjonen og utfordringer knyttet

til den. Sykepleierne som jobber med disse pasientene skal kunne håndtere mye på en gang og være tilpasningsdyktige.

Det spesielle ved sykepleie til barn er at barnet ikke er fullt utviklet og kan av den grunn reagere annerledes enn voksne på sykdom og sykehusinnleggelse (18).

Symptomer kan være sterkere eller svakere, reaksjonene annerledes og raskere, toleranse for toksiske stoffer lavere og medikamentenes effekt forskjellig (18). Barn uttrykker seg også på en annen måte enn voksne. Sentralt i sykepleie til barn står helhetsperspektivet. Barn, foreldre og eventuelle søsken må betraktes som en helhet (18-19). Dette kan representere utfordringer for sykepleieren ved at situasjonen blir mer komplisert enn om det var bare barnet hun skulle forholde seg til. Det kan bli trangt om plassen og kanskje uro i arbeidssituasjonen (18). Foreldre skal gis informasjon, undervisning, rådgivning og veiledning, muligens også lindring og trøst (18-19). Dette er alle faktorer som spiller inn i forhold til dokumentasjonen. Det er også nødvendig å nevne at på de to avdelingene informantene jobber, er kun deler av EPJ innført. Fortsatt noteres medisinformasjoner samt andre forordninger og kurver på papir.

I tillegg til litteratur og forskning, var forskerens tidligere rolle som ressursperson med på å prege intervjuguiden, dette fordi forskeren opplevde i forkant frustrasjon og redsel fra flere av sykepleierne. Etter hvert som innføringen var i gang virket sykepleierne å beherske det nye dokumentasjonssystemet og det er denne forforståelsen som ligger til grunn for ønsket om å undersøke dette nærmere. Slik Tønsberg uttrykker, har forforståelsen også betydning for analysen av det empiriske materialet (20).

Etiske refleksjoner

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og om anonymisering av data. Frivillig deltakelse og det at de kunne trekke seg når som helst fra studien hvis de ønsket det, ble presentert for dem. Det ble søkt og gitt tillatelse til studien av både Fakultets etiske komité (FEK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Samtalene ble tatt opp på båndopptaker. Dette materialet vil bli slettet etter at sensur av masteroppgaven foreligger.

Et viktig etisk aspekt ved denne studien er at forskeren intervjuet tidligere kollegaer i den ene av to de fokusgruppene. Det er i slike tilfeller viktig å være klar over sin rolle som både forsker og kollega (20). Dette er et aspekt som kan ha vært med på å påvirke informantenes deltakelse i fokusgruppen. Kjennskapen til forskningsfeltet er en forutsetning for å vinne ny kunnskap, men samtidig er det viktig å ta med i betraktningen at jeg muligens ikke var en nøytral person i forhold til informantene i den ene fokusgruppen (20). Jeg var, som tidligere nevnt, deres kollega før jeg startet på masterstudiet og inntrykket av meg som forsker kan ha vært påvirket av dette. Samtidig erfarte jeg at informantene var engasjerte og bidro med fyldige data. Det at jeg hadde gjennomtenkt etiske aspekter slik Tønsberg (20) nevner, tror jeg styrker funnene i studien.

Analyse av data

Intervjumaterialet ble tatt opp på lydbånd og transkribert verbatim. Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse for å få frem informantenes erfaringer. Innenfor medisinsk forskning, er dette en metode som blir tatt mer og mer i bruk (21). Metoden er en analyse av innholdet av narrative data for å få frem fremtredende temaer og mønstre blant temaene(22). Tekstmaterialet ble lest gjennom flere ganger for at forskeren

kunne danne seg tanker om hva informantene faktisk snakket om og få et inntrykk av latent innhold (21). Videre ble meningsenheter identifisert. Meningsenheter kunne eksempelvis være: *En annen ting er antall maskiner, tilgjengeligheten, for det er jo kanskje den største frustrasjonen for min del.* Disse meningsenhetene, som bestod av setninger, ble så delt inn i sub -kategorier som hadde fellestrekk. Sub - kategorier var for eksempel: *Tida strekker ikke til.* Deretter ble sub -kategoriene utviklet til kategorier, det som Krippendorff (1980) beskriver som en gruppe av innhold som deler fellestrekk (21). Kategoriene er kjernekjennetegnet på kvalitativ innholdsanalyse (21). Kategorier var eksempelvis: *Tid.* Kategoriene ble så identifisert under to forskjellige tema som kobler sammen de underliggende meningene i kategoriene. Temaene som kom fram av analysen er disse to: *Motivasjon til dokumentasjon* og *Utfordringer og hindringer i dokumentasjonen.*

Funn

Funnene presenteres i to hovedtemaer "Motivasjon til dokumentasjon" og "Utfordringer og hindringer i dokumentasjonen". Disse temaene ble identifisert gjennom analysen slik nevnt under forrige avsnitt. Det første temaet har to kategorier; Læring og mestring, og oversiktlig og systematisert. Det andre temaet har tre kategorier.; Tid, praktiske forhold og dokumentasjonssystemet. Kategoriene vil bli belyst fortløpende gjennom teksten i form av sitater fra intervjuene som integreres i teksten i kursiv. Dette for å illustrere kategoriene og temaene. For å knytte empirien til en større helhet vil jeg videre i artikkelen se funnene i sammenheng med tidligere forskning og teori.

Tabell 1. Meningsenhet	Sub -kategorier	Kategorier	Tema
<p>Nei, jeg så egentlig fram til å få liksom systematisert dokumentasjonen. Det syns jeg, det tenkte jeg: det er viktig. Få samlet alt. Få fram det som er ryddig og nyttig, leselig.</p> <p>Det har vært hjelp for det har stått så systematisk når man åpner et dokument så vel, så er du ledet inn på rett spor med en gang. Og det er klart, det er jo ideelt Blodprøver er lett å finne, andre undersøkelser er lette å finne, veldig fint og oversiktlig</p> <p>Det er lettere å få oversikt nå som det er skriftlig dokumentasjon på data, det synes jeg.</p> <p>Jeg syns det å skrive rapport som elektronisk dokumentasjon, er veldig okei og nesten raskere enn før.</p> <p>Kanskje det blir enklere når alt er elektronisk. For nå har vi noe på papir og noe elektronisk</p> <p>Ja, de er gode når man har en mal og så kan du heller utfylle..</p> <p>Men jeg ser også at det, jeg syns på en måte det har blitt gøy og gjøre det, samtidig som jeg blir frustrert. For når jeg får det til så er det gøy..</p> <p>Jeg tror det er bedre dokumentasjon nå enn det var tidligere, det tror jeg. Og jeg tror det har vært en forbedring.</p> <p>Men jeg er fornøyd så langt, altså jeg ser, redskapet er ryddig og bruke, det synes jeg</p> <p>På fem år så er dette bedre. Det er jeg helt sikker på. Det skulle bare mangle.</p> <p>Jeg tenkte: Det er sånn tida går.</p> <p>Det har gått overraskende bra, faktisk. Vi blir flinke.</p> <p>Men jeg syns nok i perioder har vi vært veldig flinke; også setter du deg gjerne for du ser du ska være på den ene avdelinga og så begynner du bare å lese. Altså, jeg synes jo DET egentlig er veldig positivt.</p> <p>Nei, det blir jo spennende å se, det kan jo være at det kan gjøre hverdagen litt lettere for når du da først har fått grepet fatt i maskinen så sitter du der og får gjort deg ferdig.</p> <p>Jeg synes det er enklere nå.</p> <p>Men jeg synes jo det er jo fordeler med det også. Altså når du bare sitter med det...</p> <p>For det er klart, det handler om å bruke verktøyet for å bli god.</p>	<p>Viktig å systematisere dokumentasjonen og få alt på en plass.</p> <p>En fordel å være på rett spor med en gang.</p> <p>Blir oversiktlig ved å samle alt. Det nyttige kommer frem.</p> <p>Lettere og raskere enn før å skrive rapport</p>	<p>oversiktlig og systematisert</p>	<p>Motivasjon til å dokumentere elektronisk</p>
	<p>Dokumentasjonen er blitt bedre</p> <p>Mulighet for utvikling og bedring av systemet</p> <p>Tar utfordringen greit</p> <p>Klarer å håndtere systemet</p>	<p>Læring og mestring</p>	

Motivasjon til dokumentasjon

Informantene forteller at det er viktig å systematisere dokumentasjonen og få samlet alt på en plass. En sykepleier forteller: *Det har vært [til] hjelp for det har stått så systematisk når man åpner et dokument så vel, så er du ledet inn på rett spor med en gang. Og det er klart, det er jo ideelt.* En annen sykepleier uttrykker det slik: *Det er lettere å få oversikt nå som det er skriftlig dokumentasjon på data, det synes jeg.* Sykepleierne uttrykker også at de har sett frem til å kunne lese alt som blir dokumentert uten å måtte tyde uleselig håndskrift: *det skulle jo bli greit at vi kunne lese det som ble skrevet, for det var jo opp og ned.* Sykepleierne snakker om forventninger til å ta i bruk elektronisk dokumentasjon, og flere av dem uttrykker seg positivt: *Jeg så egentlig fram til å få liksom systematisert dokumentasjonen. Det tenkte jeg: det er viktig.* Informantene uttrykker også glede når de ser at de behersker håndteringen av den elektroniske dokumentasjonen: *Men jeg ser også at jeg syns på en måte det har blitt gøy og gjøre det, samtidig som jeg blir frustrert. For når jeg får det til så er det gøy...* De fleste av informantene har jobbet i mange år, og det at de klarer å henge med i utviklingen gir dem en slags følelse av mestring. De beskriver det slik: *Men jeg er fornøyd så langt, altså jeg ser, redskapet er ryddig og bruke, det synes jeg. Det har gått overraskende bra, faktisk. Vi blir flinke.* En sykepleier sier det på denne måten: *Jeg tenkte: Det er sånn tida går. Så er det alltid noen jeg kan spørre hvordan jeg skal gjøre det, og så skal jeg lære meg det.* Informantene er positive til måten å dokumentere på, og når de snakker om elektronisk pasientjournal og sykepleiedokumentasjonen som en del av den informasjonsteknologiske utviklingen ordlegger de seg positivt.

Utfordringer og hindringer i dokumentasjonen

Informantene forteller også om frustrasjon og irritasjonsmomenter i forhold til dokumentasjonen, særlig med tanke på sykepleieplanene. En sykepleier uttrykker seg slik: *"Og jeg irriterer meg grønn over det at du har fått et system hvor du må sitte å plukke ut og plotte inn og så kan du søke og så kan du se, hva er den definisjonen? Og nå har jeg søkt på ganske mange [behandlingsplaner] og da er det bare at de er under omarbeidelse. "Takk for hjelpa sier jeg".* Sykepleierne i fokusgruppa mener det å skrive et sykepleiejournalnotat er veldig greit, men når det kommer til pleieplanene, eller behandlingsplanene som det heter i det elektroniske dokumentasjonssystemet, er det store mangler. De uttrykker seg slik: *Jeg syns det å skrive pleieplan før når du skrev det ned på papir, [og] brukte penn og papir var mye enklere.* De begrunner det med at de ikke finner ordene de vil bruke, at språket er nytt og ikke passer; *Altså en ting er, rapporten, den er grei nok. Men det er behandlingsplanen, fordi at det er helt andre ord, helt annen måte. Vi har vært i den gamle tenkegata.* Det kommer også fram at informantene savner behandlingsplaner som er tilpasset deres pasientgrupper: *jeg får ikke presentert hvem dette barnet er, som trenger akkurat disse tiltakene.* De snakker mye om dette og en av dem uttaler: *Og det er jo veldig viktig med behandlingsplan, du er jo avhengig av det i pleien.* Flere av informantene innrømmer at de sliter med å skrive behandlingsplan elektronisk. De synes ikke det blir noe godt og de likte bedre når de skrev alt selv, i fritekst, på papir: *Jeg er nok ikke like flink lenger å skrive behandlingsplan som jeg gjorde før. Det skjedde ikke at tok jeg imot en ny pasient før jeg gikk hjem, [og ikke] hadde skrevet pleieplan.* Slik det er nå er det lagt opp til generelle pleieplaner hvor du kan gå inn og huke av sykepleiediagnoser, tiltak og forordninger. Det uttrykkes blant informantene bekymring for at kompetansen på å skrive gode

behandlingsplaner forsvinner; *Men det er litt alarmerende tenker jeg, med nye som kommer inn her og la oss si har jobbet med dette i to år nå og bare kan de generelle pleieplanene. [De har] aldri før laget en pleieplan, altså sånn som vi gjorde for tjue år siden. Du mister på en måte en kompetanse.*

En annen utfordring sykepleierne står overfor er tilgjengeligheten på datamaskiner og kapasiteten til datamaskinene. En sykepleier forteller: *Jeg satt ei vakt, så satt jeg inne på vaktrommet, så satt jeg bare: Åh! Så stod sjefen bak. Så sier vedkommende: Hva er det for noe? Det er de der, også et stygt ord, maskinene! Jeg blir så sinna, blir jo aldri ferdig. Sitter og ser på det hjulet, det skjer jo ikke noe! Og det er jo sånn hele tida.* Når informanten her snakker om hjulet menes det at datamaskinen henger seg opp og at det vises et hjul på skjermen som tegn på det. Det er viktig for sykepleierne og få fram dette aspektet og de beskriver det som et *skikkelig irritasjonsmoment*. Det at det er tidkrevende er også et gjennomgående tema informantene tar opp; *jeg er sikker på at på noen vakter så bruker jeg i alle fall to timer foran den maskinen bare på inn og utlogging.* Grunnen til at de bruker så lang tid på inn og utlogging er igjen fordi maskinene henger seg opp og bruker lang tid på å hente seg inn igjen. En av informantene beskriver hvor utfordrende det kan være å skulle dokumentere under slike forhold; *Det går for sakte for det at du må logge deg inn på, du har ikke tid til det. Når du jobber som en gal ved siden av en pasient som er veldig dårlig. Så må du stadig inn og ut og, det er jo helt, det går ikke an.* Det at datamaskinene er trege problematiseres også av informantene, en av dem uttrykker det slik: *Du sitter og skal skrive behandlingsplanen, og så ringer det ei klokke. Så løper du tilbake fort [og] så lar du det bare stå [på skjermen], så kommer du tilbake så må du på en måte begynne helt på nytt. Du er ikke logget av, men du er liksom satt i hvilemodus.*

Diskusjon

Sykepleieres plikt til å dokumentere, gjør dokumentasjonen til en sentral arbeidsoppgave i deres arbeidshverdag. Informantene i studien gav uttrykk for stor frustrasjon knyttet til mye tidsbruk og utilfredsstillende tilgang på datamaskiner. Flere av dem opplever ikke den elektroniske dokumentasjonen som effektiv. På sin side uttaler DIPS at deres løsninger støtter kliniske prosesser, muliggjør bedre kvalitet og gjør hverdagen mer effektiv (14). Dette strider mot det flere av informantene erfarer; *det tar så tid! Så om det er effektivt, det vet jeg ikke*. Også helsedirektoratet ønsker å oppnå effektive og arbeidsbesparende løsninger innenfor EPJ. Den største frustrasjonen knyttet til dette ligger imidlertid ikke i selve dokumentasjonssystemet, men i det sykepleierne beskriver som tilgjengeligheten på datamaskiner samt på datamaskiner som virker. Som det kom fram i funnene erfarer sykepleierne å bli satt i hvilemodus. Dette kan være en av årsakene til det som Thoroddsen m fl. (23) beskriver som en sakte implementering og utvikling av EPJ i helseomsorgen. De belyser at prosessen med elektroniske systemer i helsesektoren har tatt mye lengre tid sammenlignet med andre sektorer i samfunnet (23).

Det faktum at det ikke er godt nok tilrettelagt på avdelingene for god dokumentasjon, er med på å true dokumentasjonen. Hvis dokumentasjonen er sporadisk og/eller mangelfull, eller at det ikke er tilrettelagte forhold for dokumentasjon på arbeidsplassen, oppstår risiko for redusert kvalitet (24). Det at det ikke er nok maskiner tilgjengelig, strømmen er borte eller det elektroniske systemet henger seg opp resulterer i at pasientopplysninger blir utilgjengelige og sykepleierne får ikke dokumentert. Dette viser en type sårbarhet som sykepleierne står overfor (3). Imidlertid er dette forhold som ledere og de som sitter i ledelsen samt på høyere nivå må prioritere. Det kan ses på som organisatoriske utfordringer som påvirker den

elektroniske dokumentasjonen (6). Rykkje (12) mener det viktig å øke fokuset på praktisk organisering, og EPJ må justeres for å sikre rimelig dokumentasjonsforhold for helsepersonell.

Rykkje (12) diskuterer i sin studie at etter innføring av EPJ og VIPs i medisinske sykehus avdelinger, var det største hovedområde som forandret seg negativt, sykepleieplaner og sykepleieresultater. Hun fant også at pleieplanene sjelden var oppdatert og at de manglet informasjon i forhold til effekten av sykepleietiltakene (12). Som tidligere nevnt erfarer også informantene, i studien jeg gjennomførte, pleieplaner som ikke er gode nok: *Og du vet, det er sjeldent pleieplanen er oppdatert. Gjerne [er det] at [en sykepleier] har laget en og så blir det den.* Informantene i fokusgruppa savner tilpasset språk og formuleringer i behandlingsplanene til barn og nyfødte. De synes det blir for mye generelle vendinger og mye unødvendig tekst i behandlingsplanen; *når man skal lese og kommer til et nytt barn, og skal lese pleieplanen, så blir jeg fryktlig deprimert av disse generelle vendingene.* Dette samsvarer med Rykkjes (12) oppfordring om at elektroniske pasientjournals maler blir bedre tilpasset til sykepleieres dokumentasjonsbehov hvis behandlingsplaner fortsatt skal være et praktisk instrument for å sikre god pasientbehandling.

Det som på den andre siden oppmuntrer og motiverer informantene til god dokumentasjon, er en systematisk, ryddig og oversiktlig samling av informasjonen. Flere saker i media nylig viser at dette er viktig. Det har flere ganger vært å lese om familier som blir tildelt større pengebeløp hvor aspektet med rotete og mangelfull journalføring er belyst (25). Eksempler på pasienter som har mistet livet under eller etter sykehusopphold som følge av svikt i dokumentasjon, er også med på å rette søkelyset på nettopp god og kontinuerlig dokumentasjon. Krüger belyser at flere studier viser at både leger og sykepleiere foretrekker strukturert dataregistrering (7).

Det understrekes videre at da bedres sykepleiedokumentasjonen, og databaser som baseres på strukturerte pasientjournaler kan benyttes i stor skala for utforming av endrede behandlingsregimer og kvalitetssikring (7). Dette samsvarer med det informantene i min studie belyser når de fremhever at det før kunne være vanskelig å lese alt som ble skrevet på grunn av utydelig skrift. Denne erfaringen motiverer dem og er med på å understreke viktigheten av en godt strukturert dokumentasjon.

Overførbarhet

I kvalitative studier forventes det at forskningen er overførbar (22). Denne studien har mest verdi og overførbarhet for nyfødt – og barneavdelinger som er i den samme prosessen som blir beskrevet i studien. Det er videre opp til praksis å vise om det er overførbart til andre avdelinger og praksiser. Det er store forskjeller nasjonalt når det gjelder hvor langt man er kommet i arbeidet med å implementere EPJ. For at sykepleiedokumentasjonen skal bli god og for at sykepleierne skal best kunne utnytte denne, gjenstår det fortsatt en del arbeid og forbedring.

Konkluderende bemerkning

Sykepleiere på nyfødt - og barneavdelinger erfarer både utfordringer og motivasjoner ved den elektroniske dokumentasjonen. Sykepleierne etterlyses bedre tilretteleggelse av praktiske forhold for dokumentasjonen, flere og fungerende datamaskiner samt bedre tilpasning av veiledende behandlingsplaner til deres pasientgruppe. Først da kan dokumentasjonen bli mer effektiv, tids – og arbeidsbesparende. Det motiverer dem at den elektroniske dokumentasjonen er oversiktlig og systematisk. Sykepleierne erfarer at de behersker og håndterer elektronisk dokumentasjon, dette er også motiverende for dem. De er også positive og motivert for en videre elektronisk utvikling av sykepleiedokumentasjon.

Litteratur

1. Heggdal K. Sykepleiedokumentasjon. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
2. Helsepersonelloven. Lov av 1999-07-02 nr.64: om Helsepersonell (Helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet; 1999 [20.09.2011]; Available from: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>.
3. Moen A, Hellesø R, Berge A, Mølsted K, Quivey M. Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe; 2008.
4. KITH. Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Nasjonal Standard. 2003 [06.10.11]; Available from: http://www.kith.no/upload/1101/R12-03DokumentasjonSykepleie-rev1_1-NasjonalStandard.pdf.
5. Helsedirektoratet. S@mspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013. Helsedirektoratet; 2008 [20.09.2011]; Available from: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00047/Samspill_2_0_-strate_47719a.pdf.
6. Hellesø R, Ruland C. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. J Clin Nurs. 2001;10:799-805.
7. Krüger K. Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte. Tidsskr Nor Lægeforen. 2007;16:2090-3.
8. Dahl K. Sykepleiedokumentasjon holder sjelden mål. Tidsskr Sykepl. 2001;89:54-8.
9. Dahl K. Den problematiske sykepleiedokumentasjonen. Tidsskr Sykepl. 2001;89:54-8.
10. Hansen S. Mindre dokumentasjon etter innføring av EPJ og VIPS. Tidsskr Sykepl. 2007;95:69-71.
11. Drange Bårdsen B. Kvalitet, eller...? Tidsskr Sykepl. 2002;90:42-4.
12. Rykkje L. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat - ch - Ing. Vård i Norden, Nordic Journal of Nursing Research. 2009;29(92):9-13.
13. Helsedirektoratet. ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. 2005.
14. DIPS. 2011 [cited 2011 11.10]; Available from: <http://www.dips.no/nor/om-oss>.
15. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
16. Kjølstad, Høverstad. Fokusgrupper - presentasjon av en kvalitativ forskningsmetode. Tidsskr Nor Lægeforen. 1991;26:3194-6.
17. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. Los Angeles: Sage; 2009.
18. Tveiten S. Barnesykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1998.
19. Fegran L, Helseth S, Slettebø Å. Nurses as moral practitioners encountering parents in neonatal intensive care units. Nurse Ethics. 2006;13(52):52-63.
20. Tønnsberg K. Ethiske dilemmaer ved forskning på sine kolleger. In: Halvorsen A, Johnsen HCG, Repstad P, Aasland T, Balsnes AH, editors. Å forske blant sine egne: universitet og region - nærhet og uavhengighet. Kristiansand: Høyskoleforl.; 2009. p. 268-82.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nursing Education Today. 2004;24:105-12.
22. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice. 7. ed 2010.
23. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and Completeness of Care Plans After Implementing of Standardized Nursing Terminologies and Computerized Records. Computers, Informatics, Nursing. 2011;00.

24. Sykepleieforbund N. Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. 2007 [cited 2011 12.10]; 3 utgave.:
25. Fædrelandsvennen. 9 mill. i erstaning etter sykehusfeil. 2011 [updated 13.10.11]; Available from: <http://www.fvn.no/lokalt/kristiansand/article909719.ece>.

Innlevering av skjema - Kommentar

Navn: Anette Katrine Stave

Les kommentarer i besvarelsen din:  FORSKNINGSPROTOKOLL (2).docx

Kommentar: Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til masterstudent Anette Katrine Stave i møte 29.10.2010 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden.

Karakter:

Evaluerings: Godkjent



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Åshild Slettebø
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 08.02.2011

Vår ref: 26213 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26213

Kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med innføring av elektronisk sykepleiedokumentasjon på en barne- og nyfødtpost

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Åshild Slettebø

Student

Anette Katrine Stave

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

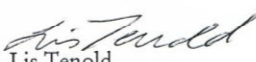
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Anette Katrine Stave, Suldalsveien 12, 4617 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26213

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrevet tilfredsstillende.

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Agder sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.09.2011. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbåndopptak makuleres.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med bruk av elektronisk dokumentasjon på en nyfødt- og barneavdeling”

I forbindelse med min mastergradsoppgave i helsefag, fordypning i klinisk sykepleievitenskap, ved Universitetet i Agder, er dette et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Studien har som hensikt å undersøke sykepleieres erfaringer med å dokumentere sykepleie elektronisk. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan sykepleiere erfarer at denne dokumentasjonsformen fungerer og hva det gjør med fagkunnskapen. Jeg henvender meg til deg fordi du er sykepleier og i løpet av din arbeidshverdag må dokumentere elektronisk.

For å øke kunnskapen min om dette, ønsker jeg å intervju 10-12 sykepleiere som bruker elektronisk sykepleiedokumentasjon i praksis. Jeg er interessert i å se på hvordan sykepleierne selv mener de behersker dokumentasjonssystemene, og hvordan det igjen påvirker utøvelsen av sykepleien til pasient og pårørende. Jeg er interessert i å komme i kontakt med sykepleiere som har erfaring fra både dokumentasjon med ”penn og papir” og elektronisk dokumentasjon. Jeg har derfor bedt om å bli satt i kontakt med sykepleiere med mer enn 1-2 års sykepleierfaring. Intervjuet vil ha en varighet på om lag en time. Dere vil være 5-6 sykepleiere sammen med meg under intervjuet, slik at erfaringer kan drøftes i fellesskap. Vi blir sammen enige om tid og sted slik at det blir mest mulig praktisk for dere. Jeg vil be om din tillatelse til å bruke lydopptaker, samt og ta notater underveis.

Ved å delta i denne studien har du mulighet for å dele dine erfaringer, samt bidra til økt kunnskap omkring temaet for andre helsefagarbeidere på sykehusavdelinger.

Det du formidler til meg i intervjuet vil inngå som en del av min mastergradsoppgave i klinisk sykepleievitenskap. Alle opplysninger vil selvfølgelig bli behandlet konfidensielt, og alt materiale (notater og båndopptak) fra intervjuene vil, i tråd med retningslinjer fra personvernombudet for forskning, bli anonymisert når oppgaven blir levert høsten 2011. I oppgaven vil du bli anonymisert.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten, som tidligere nevnt, å oppgi noen som helst grunn. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på mobil 95908993 eller mail: anettekatrine@gmail.com.

Med vennlig hilsen

Anette Katrine Stave

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om mastergradsprosjektet, og sier meg villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Hei Enhetsledere!

Kristiansand, 11. Mars 2011

I anledning mitt arbeid med masteroppgave i Klinisk sykepleievitenskap, sender jeg dere en mail for å søke tillatelse om å intervju 5-6 sykepleiere på deres avdeling, nyfødt og barneposten. Tanken er å utføre såkalte "fokusgruppeintervju", hvor jeg intervjuer 5-6 sykepleiere samtidig og at de i felleskap drøfter sine erfaringer.

Masteroppgaven omhandler tematikk omkring sykepleiedokumentasjon og jeg ønsker å undersøke sykepleieres erfaring med EDS. Jeg er interessert i å skrive om dokumentasjon som foregår på barne- og nyfødtavdeling fordi dette er avdelinger som krever nøyaktig og ofte "spesiell" dokumentasjon som skiller seg fra andre avdelinger på sykehuset.

Vedlagt følger informasjonsskriv og informert samtykke til sykepleierne. Jeg ønsker å få intervju sykepleiere som har mer enn 1-2 års erfaring, da det er relevant for intervjuet at de har erfaring med å dokumentere med penn og papir. Jeg ser for meg at intervjuet tar ca. 1/2 - 1 time. Studien er søkt og funnet godkjent hos Fakultetets etiske komité (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Ser fram til å høre fra dere.

For spørsmål, kontakt meg gjerne på mail: anettekatrine@gmail.com eller mob: 95908993

Med vennlig hilsen Anette Katrine Stave

Masterstudent i klinisk sykepleie, kull 2009, Universitetet i Agder.

INTERVJUGUIDE

Elektronisk dokumentasjon

- Hvilke utfordringer ventet dere kom til å møte dere ved innføring av elektronisk dokumentasjon av sykepleie?
- Sammenlignet med den tidligere skriftlige dokumentasjonen, hvordan fungerer det å dokumentere elektronisk?

Fagutøvelse

- Kan dere beskrive hvordan dere mener pasientgruppa *barn* skiller seg ut fra andre pasientgrupper i forhold til dokumentasjon?
- Hvordan opplever dere at den elektroniske sykepleiedokumentasjonen ivaretar evnen til å formidle det du/dere mener er viktig for å kunne sikre *barn og pårørende* god sykepleie?
- Mange sykepleiere opplever at den elektroniske dokumentasjonen kan være komplisert å utføre i faglig og juridisk form, hva tror dere er årsaken til dette? (*her må jeg gi en definisjon på faglig og juridisk form*)

Muntlig rapport

- På hvilken måte mener dere den muntlige rapporten har blitt påvirket av innføring av elektronisk dokumentasjon, og fortsatt påvirker den muntlige rapporten?
- Hvordan mener dere den muntlige rapporten burde foregå, og opplever dere at den muntlige rapporten foregår slik dere mener den burde?

(*Det kan bli aktuelt med støttespørsmål hvis det skulle vise seg å bli nødvendig.*)